



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



REVISIÓN DE CONJUNTO

Cambio del modelo asistencial en una unidad de uroginecología de un hospital de tercer nivel: impacto de la pandemia por COVID-19 en la presencialidad



S. Anglès Acedo*, S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, E. Bataller Sánchez, L. López Frias, E. Benito García, C. Carmona Guerrero y M. Espuña Pons

Unidad de Suelo Pélvico, ICGON, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 22 de noviembre de 2021; aceptado el 6 de febrero de 2022

Disponible en Internet el 14 febrero 2022

PALABRAS CLAVE

Telemedicina;
Uroginecología;
COVID-19;
Unidad de suelo
pélvico;
Atención al paciente;
Modelo asistencial

Resumen La pandemia por la COVID-19 generó un cambio de forma brusca en la práctica asistencial habitual de nuestra unidad de uroginecología, y a raíz de esta situación se ideó un nuevo modelo asistencial para adaptarnos a la nueva etapa epidemiológica. Se acordó, como eje central del nuevo modelo, la disminución de la presencialidad hospitalaria, ofreciendo la misma calidad asistencial mediante la introducción de la telemedicina.

Para conseguir tal fin, se elaboró un modelo con tres tipos de visitas nuevas: primera visita médica telemática, visitas de seguimiento de tratamientos conservadores y farmacológicos telemáticos, y creación de visita *pack* (*pack* STUI, el *pack* posparto y el *pack* postalta) que incluye visitas y pruebas diagnósticas uroginecológicas que se realizan todas el mismo día.

El *pack* STUI va dirigido a todas las pacientes con síntomas del tracto urinario inferior, asociados o no a prolapso de órganos pélvicos. Consta de dos visitas (enfermería y médica), y dos pruebas diagnósticas avanzadas (urodinamia y ecografía de suelo pélvico).

El *pack* posparto va dirigido a mujeres con síntomas de incontinencia urinaria, incontinencia anal, prolapso y/o alteraciones de la sexualidad tras el parto. También incluye mujeres asintomáticas con antecedente de trauma perineal obstétrico. Consta de una visita médica, una ecografía de suelo pélvico y una visita por la fisioterapeuta.

El *pack* postalta se realiza al mes de la cirugía e incluye dos pruebas (ecografía de suelo pélvico y flujometría) y una visita médica.

Los tratamientos de fisioterapia y otras visitas que por motivos médicos lo requirieran, han mantenido su presencialidad.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sangles@clinic.cat (S. Anglès Acedo).

KEYWORDS

Telemedicine;
Urogynaecology;
COVID-19;
Pelvic floor unit;
Patient attention;
Healthcare model

Update of the care model in a urogynaecology unit of a tertiary hospital: impact of the COVID-19 pandemic on face-to-face care

Abstract The COVID-19 pandemic caused a sudden change in the usual care practice of our urogynaecology unit. Therefore, we designed a new healthcare model to adapt our practice to the epidemiological situation. The central axis of the new model was reduced hospital attendance, offering the same healthcare quality through the introduction of telemedicine.

To achieve this aim, we made the following changes: a first telematic medical visit was the first step, telematic monitoring visits for conservative and pharmacological treatments and pack visit. We created the following packs: LUTS, postpartum and post-discharge pack. All packs included visits and diagnostic tests performed on the same day.

The LUTS pack is indicated in patients with lower urinary tract symptoms, associated or not with pelvic organ prolapse. It includes two visits (nursing and medical) and two tests (urodynamics and pelvic floor ultrasound).

The postpartum pack is indicated in women with symptoms of urinary incontinence, anal incontinence, pelvic organ prolapse and sexual disfunctions after delivery, as well as asymptomatic patients with a history of obstetric perineal trauma. It includes a medical visit, a pelvic floor ultrasound and a visit with the physiotherapist.

The post-discharge pack is scheduled a month after the surgery and includes two tests (pelvic floor ultrasound and uroflowmetry) and a medical visit.

Some face-to-face visits were maintained, as were physiotherapy treatments and other visits following medical criteria.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La llegada de la pandemia ocasionada por el SARS-coronavirus tipo 2 (COVID-19) generó un cambio de forma brusca en la práctica asistencial habitual de nuestra unidad de uroginecología¹. En pocos días, realizamos una transición de una atención prácticamente 100% presencial a un 91,2% de atención telemática. Toda la actividad quirúrgica, de diagnóstico (urodinamia, ecografía de suelo pélvico, etc.) y de tratamiento conservador de enfermería y fisioterapia fue suspendida durante la primera ola de la pandemia (marzo de 2020-mayo de 2020)¹.

Durante este periodo, el equipo de nuestra unidad realizó un gran trabajo de reflexión sobre la situación epidemiológica y sobre cómo podíamos adaptarnos a la nueva etapa sanitaria del país de la forma más eficiente y beneficiosa para las pacientes. Siguiendo la línea de las recomendaciones realizadas por diferentes sociedades científicas internacionales como la *International Urogynecology Association*² y la *European Association of Urology*³, entre otras^{4,5}, empezamos a idear nuevos modelos asistenciales de adaptación a la nueva situación epidemiológica.

Es aquí donde cobra importancia la disciplina de la gestión del cambio, que tiene como objetivo ganar eficiencia y profesionalidad en la gestión y la implantación de nuevas iniciativas y proyectos de cambio organizacional. Designamos una persona de nuestro equipo con habilidades organizativas y comunicativas, como gestora de cambio. Su principal función era ocuparse de la parte humana de estas modificaciones, facilitando la transición de las personas implicadas en el cambio y que estas tuvieran comportamientos que lo facilitarían. Además, también era la encargada de

detectar y gestionar los riesgos de forma precoz. Así, de esta forma se consigue y se garantiza que los beneficios del nuevo modelo asistencial que se había propuesto en las reuniones de equipo se materializaran y fueran una realidad.

Otra función de la gestora del cambio fue realizar un test de madurez para el cambio hacia el nuevo modelo. Para ello, se utilizaron herramientas diseñadas para tal fin y validadas como es el modelo ADKAR[®] de Prosci⁶. El *modelo ADKAR*[®] es el acrónimo de:

- **Awareness** (consciencia): asegurarse de que todas las personas implicadas en el cambio sean conscientes de la necesidad del mismo y de sus razones.
- **Desire** (deseo): las personas implicadas deben mostrar el deseo de cambiar, de participar y dar apoyo al cambio.
- **Knowledge** (conocimiento): asegurar que todas las personas implicadas sepan cómo cambiar y que comprendan las nuevas tareas asignadas en el modelo propuesto.
- **Ability** (habilidad): proveer de los conocimientos técnicos, habilidades y comportamientos necesarios para garantizar el cambio.
- **Reinforcement** (refuerzo): proporcionar información sobre los resultados del cambio a los implicados para sostener el nuevo modelo.

Para llevar a cabo la idea de un nuevo modelo de atención a la mujer en las unidades de uroginecología, se acordó como eje central la disminución de la presencialidad hospitalaria, manteniendo la calidad asistencial. Para conseguir este objetivo, era primordial la *introducción de la telemedicina*, identificar las *situaciones clínicas tributarias del cambio* y

una *reestructuración en el modelo de programación* de las visitas y pruebas realizadas en nuestra unidad.

Por lo tanto, en nuestra unidad, la gestión del cambio se aplicó hacia una transformación digital y un rediseño organizacional. El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer un análisis detallado de cómo se llevó a cabo la gestión del cambio en nuestra unidad de uroginecología.

Modelo ADKAR®

Como hemos comentado previamente, la persona gestora del cambio en nuestra unidad de uroginecología realizó un test de madurez del cambio siguiendo el modelo ADKAR®, que se inició en abril 2020 y terminó en septiembre 2020.

Para la creación de consciencia (*awareness*) entre los profesionales de la unidad, realizamos sesiones de trabajo conjuntas con los diferentes estamentos profesionales del equipo (uroginecólogos, enfermeras, fisioterapeutas, técnicas de cuidados auxiliares de enfermería, y personal de gestión y económico-administrativo). En estas reuniones, la gestora del cambio presentó la situación epidemiológica actual en aquel momento, así como las recomendaciones del hospital y de las sociedades científicas nacionales e internacionales para disminuir la presencialidad. Presentando la información de forma objetiva y razonada, todo el equipo fue consciente de la necesidad del cambio, de forma unánime.

Posteriormente, el trabajo de la gestora del cambio fue asegurarse que todo el personal sanitario implicado en el cambio tuviera el deseo (*desire*) de realizarlo. Para conseguir este objetivo, se realizaron reuniones específicas en cada estamento profesional de la unidad para explicar qué modificaciones concretas estaban implicadas en su práctica clínica habitual y qué ventajas les aportarían de forma directa e indirecta. En este punto, se invitó también a los diferentes miembros de la unidad a dar su opinión acerca del modelo y proponer cambios o modificaciones.

El tercer punto se focalizó en la evaluación del conocimiento (*knowledge*) de cada persona de la unidad para el cambio en sus tareas de la práctica clínica habitual. La gestora del cambio facilitó documentación gráfica de los mismos (estructura de las nuevas agendas asistenciales, cómo solicitar y programar las nuevas prestaciones) con el fin de facilitar la integración de las modificaciones. Se realizó una sesión formativa para todo el equipo administrativo, a fin de que se familiarizaran con la nueva forma de programación. Aunque el cambio implicaba el mismo programa informático, la forma de programar sería diferente. Se realizaron reuniones individuales de la gestora del cambio con cada persona de la unidad para explicar de forma detallada y personalizada los cambios que implicaba el modelo en su actividad asistencial diaria. Estas reuniones personalizadas fueron muy bien aceptadas y valoradas por los trabajadores ya que les hacía sentir partícipes del nuevo modelo. Requirieron una inversión de tiempo, pero estamos convencidos de que han sido un punto clave en el éxito de nuestra transición hacia el nuevo modelo.

En estas reuniones para evaluar el conocimiento también se evaluó la habilidad (*ability*) de los profesionales, asegurando que disponían de los conocimientos técnicos para el papel que desarrollarían en la nueva estructura. La

gestora de pacientes actuó de soporte al personal administrativo durante el primer mes de aplicación del cambio. No se produjeron incidentes relevantes, aunque se detectaron pequeños desajustes que requirieron una readaptación de algunas prestaciones asistenciales a nivel de la gestión administrativa, así como el refuerzo al personal médico de cómo solicitar las visitas y las pruebas diagnósticas de acuerdo al nuevo modelo. A mediados de octubre, la nueva programación funcionaba correctamente. Se realizó una reunión con el equipo de técnicas de cuidados auxiliares de enfermería para asegurarse que sabían cómo realizar la atención continuada de las pacientes de una prueba/visita a otra sin pérdidas de tiempo y acompañando a las pacientes durante el circuito. Además, se asignó una técnica de cuidados auxiliares de enfermería de forma específica al área de uroginecología. También se realizaron sesiones con enfermería y con médicos para asegurar que poseían las habilidades para realizar visitas telemáticas, tanto por teléfono como por videollamada. Se crearon formularios de anamnesis para estandarizar la recogida de datos entre los diferentes profesionales, y se evaluó si comprendían cómo debían realizar las anamnesis de forma telemática.

Finalmente, tras unos meses de implementación del nuevo modelo, se realizó una reunión con todo el personal de la unidad para evaluar los resultados del cambio, como refuerzo (*reinforcement*). Los resultados presentados fueron muy positivos a favor del cambio, tanto a nivel numérico asistencial, como de satisfacción de las pacientes y del personal de la unidad. Todas estas buenas referencias ayudaron a la gestora del cambio a reforzar las ventajas de este nuevo modelo y a alentar a mantenerlo.

A continuación, se ofrecen datos más detallados de los 3 puntos clave del proceso de implementación y de los resultados obtenidos con el cambio de modelo organizativo.

Punto clave 1. Introducción de la telemedicina

La telemedicina es un concepto muy amplio que comprende todas las herramientas que podamos aplicar para facilitar los servicios de salud fuera de las instalaciones habituales, utilizando tecnologías de telecomunicación. En la telemedicina, el énfasis se pone en el intercambio de información y, por lo tanto, es una herramienta muy eficaz cuando se pretende reducir la presencialidad hospitalaria. Hoy en día, debido a los avances de la sociedad en los conocimientos y el aumento del uso de las tecnologías de la comunicación y de la información, la telemedicina se plantea como una solución para un acceso más rápido y eficiente y que está en consonancia con las nuevas formas de comunicación en la sociedad actual.

La comunicación por medio de la telemedicina se puede realizar de forma asincrónica o sincrónica.

Las visitas de tipo asincrónico son aquellas en que emisor y receptor no coinciden en el tiempo. Un ejemplo serían las visitas tipo correo electrónico, donde existe la posibilidad de recibir *feedback* de la paciente de forma diferida. Otro tipo de visitas asincrónicas serían aquellas que consisten en la revisión de datos clínicos de la paciente sin precisar interacción, aunque este tipo de visita no permite obtener *feedback* de la paciente ni en directo ni en diferido. Las visitas de tipo asincrónico tienen como ventajas la comodidad, la posibili-

dad de almacenar la información que se ha comentado en el correo electrónico, y la disponibilidad de más tiempo para plasmar ideas sin sentir la presión temporal.

Las visitas tipo sincrónico son aquellas en que emisor y receptor deben de coincidir en el tiempo y que permiten un *feedback* en tiempo real con una interacción más espontánea que en las visitas asincrónicas y así, más cercana a la comunicación tradicional cara a cara. Serían ejemplos de visitas sincrónicas, las visitas telefónicas o las visitas mediante videollamada que permiten un contacto visual médico-paciente.

El servicio de ginecología al cual pertenece nuestra unidad de uroginecología y el hospital en general, facilitó la transición hacia la implementación de la telemedicina. Desde la dirección general del hospital se realizaron sesiones formativas en todos los servicios para informar de las nuevas prestaciones que el hospital iba ofreciendo como posibilidad de realizar visitas telefónicas y visitas mediante videoconferencia. Desde el ámbito de la gestión del hospital, también nos facilitaron la tecnología para poder adaptarnos al cambio: realizaron un plan de renovación de algunos monitores de los ordenadores con webcams para poder realizar videollamadas, evaluaron la adecuación del entorno de trabajo mediante cuestionarios autocontestados, y proporcionaron diversas guías prácticas tanto para facilitar la usabilidad como para prevenir riesgos laborales de las nuevas modalidades de atención.

Punto clave 2. Identificación de las situaciones clínicas tributarias del cambio

A raíz de la experiencia obtenida durante el período de confinamiento ocasionado por la pandemia, fuimos conscientes de la necesidad de un cambio organizativo en el funcionamiento de nuestra unidad de uroginecología¹. Durante la pandemia, surgió la idea de la creación de agendas de visitas mixtas (presenciales y telemáticas) perfilando bien el tipo de paciente que se beneficiaría de cada tipo de visita. También se reorganizaron todas las visitas de resultados que no requerían de una exploración física, transformándolas de presenciales a telemáticas, con el fin de disminuir así la presencialidad y minimizar el riesgo de contagios¹. Tras este período de confinamiento, en el que la presencialidad disminuyó radicalmente, la situación epidemiológica del país mejoró y con ella surgió la necesidad de readaptarse de nuevo. Nos encontrábamos ante una situación no tan crítica como en el confinamiento, pero que seguía requiriendo de una disminución de la presencialidad manteniendo la calidad asistencial.

En este punto es cuando nuestra unidad empezó a realizar reuniones entre el equipo médico y de enfermería/fisioterapia para evaluar la nueva situación, y crear un nuevo modelo de visitas adaptado. Para ello, analizamos la información que habíamos adquirido durante el período de confinamiento, observando que tras la realización del 91,2% de la actividad en una modalidad telemática, principalmente mediante visita telefónica, el 60% de esta había sido resolutive. Entendemos como resolución: que la visita presencial, en comparación con la visita telemática realizada, no hubiese ofrecido nada diferente imprescindible para el control de la paciente. Además, al evaluar esta

resolución en función de la tipología de visita atendida, identificamos que las visitas de seguimiento tenían un porcentaje mayor de resolución (67,8%), proporcionando un seguimiento adecuado de nuestras pacientes e incluso dando el alta en un 4% de los casos. Aunque la resolución con las primeras visitas fue menor (42%), dos de cada cinco mujeres pudieron adherirse a un programa de tratamiento conservador y/o farmacológico telemático, e incluso un 5% fueron dadas de alta por desaparición de sus síntomas uroginecológicos o porque ya no deseaban tratamiento. En el global de pacientes no resueltas, observamos que el 80% eran pacientes que precisaban pruebas diagnósticas supraespecializadas para completar el estudio diagnóstico y establecer el tratamiento.

Con estos datos, una vez ideado el modelo desde el punto de vista clínico, el siguiente paso fue llevarlo a cabo.

Punto clave 3. Reestructuración del modelo organizativo

La transición desde el modelo asistencial previo a la pandemia hacia el nuevo modelo propuesto, requería de una reestructuración en la programación de las visitas y pruebas realizadas en nuestra unidad. Con este fin, realizamos diferentes reuniones para presentar y consensuar el nuevo modelo organizativo con el área de gestión y económico-administrativa de nuestra unidad.

Antes de la pandemia, en nuestra unidad de uroginecología, cuando una paciente era programada para realizar una primera visita, realizábamos una consulta presencial para evaluación clínica y exploración física. En esta visita, dado que la mayoría de los casos que atendemos son de alta complejidad, se solía solicitar una ecografía de suelo pélvico y una urodinamia. Posteriormente, la paciente acudía otro día al hospital para realizar dichas pruebas y, una vez obtenidos los resultados, acudía a una visita médica sucesiva presencial para valorar la actitud terapéutica. Si se optaba por tratamiento conservador, la paciente también era visitada de forma presencial por la enfermera y/o fisioterapeuta según el caso. Aunque la calidad asistencial de este modelo era excelente, implicaba una presencialidad de la mujer en el hospital importante (hasta 4 días) que teníamos la intención de disminuir. Además, en nuestra unidad, tenemos muy integrada la filosofía del bienestar de la mujer y la optimización de los recursos sanitarios, hechos que, sumados a los anteriores, nos dieron el empujón definitivo para crear el nuevo modelo de atención a la paciente uroginecológica.

El objetivo principal de este modelo era disminuir el número de visitas presenciales de las mujeres al hospital, por lo que elaboramos 3 novedades: primera visita médica telemática, creación de visita pack, tratamientos conservadores y farmacológicos telemáticos.

Primera visita médica telemática

La primera novedad que introdujimos fue la conversión de todas las primeras visitas médicas de presenciales a telemáticas. Consideramos que la primera evaluación de una mujer con disfunciones del suelo pélvico se puede realizar telemáticamente realizando una anamnesis detallada general



Figura 1 Número de visitas ambulatorias anuales presenciales y telefónicas realizadas por los diferentes profesionales médicos de la unidad de uroginecología (uroginecólogo, enfermera especializada, fisioterapeuta, comadrona). a: año; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; MSP: musculatura del suelo pélvico; 1: presencial; 2: telemática;.

y específica sobre patología del suelo pélvico con instrumentos validados y que midan el impacto en la calidad de vida. La obtención de la información básica para orientar el caso y programar e indicar los estudios complementarios se puede realizar por vía telemática y es bien aceptada por las pacientes⁵. Tras la entrevista, según la sintomatología, el uroginecólogo decidirá qué pruebas complementarias solicitará, y será durante la realización de estas pruebas cuando la paciente vea de forma presencial a un médico que completará el estudio con una exploración pélvica dirigida.

Desde la implementación de las primeras visitas médicas telemáticas en septiembre-octubre de 2020 se han realizado más de 1300 de estas visitas (fig. 1), lo que, en global, ha supuesto una reducción de la presencialidad de alrededor del 66%, manteniendo la calidad asistencial del diagnóstico y tratamiento de nuestras pacientes.

Una vez realizada la primera visita, llega el momento de realizar las pruebas complementarias adecuadas. Creamos un tipo de visita nueva llamada *pack*, que incluía diferentes visitas médicas, de enfermería, de fisioterapeuta, así como las pruebas diagnósticas uroginecológicas (ecografía de suelo pélvico, urodinamia y flujometrias), todas realizadas el mismo día. Diseñamos tres tipos de *packs*: el *pack* STUI, el *pack* posparto y el *pack* postalta.

Creación de visitas tipo pack

El *pack* STUI va dirigido a todas aquellas pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) (incontinencia urinaria, dificultad miccional e infecciones urinarias de repetición) asociado o no a prolapso de órganos pélvicos que,

tras la primera visita telemática realizada por el médico, se consideran candidatas a ampliar el proceso diagnóstico con un estudio especializado.

Este *pack* STUI consta de dos pruebas y dos visitas que se realizarán todas el mismo día. Esto supone un a reducción de entre 2 y 3 visitas de la paciente al hospital, respecto el número de visitas realizadas prepandemia. El día del *pack* STUI realizaremos, en primer lugar, la valoración clínica, la exploración física y el estudio urodinámico, siguiendo las recomendaciones del protocolo estándar de la ICS (ICS-SUP e ICS-SUT)⁷. Seguidamente, se realizará la ecografía de suelo pélvico para evaluar la anatomía de la pelvis, revisando la gráfica del estudio urodinámico para integrar los datos funcionales a los anatómicos. Tras estas dos pruebas complementarias, se realizará la visita médica presencial, en el mismo dispensario donde se ha realizado la ecografía para mayor comodidad de la paciente y para la valoración conjunta del caso por parte del equipo uroginecológico. En esta visita, el uroginecólogo realizará el diagnóstico de la disfunción uroginecológica y le explicará a la paciente los resultados de las pruebas realizadas y las opciones de tratamiento que existen para su caso, mediante un proceso de toma de decisiones compartida⁸. Finalmente, la paciente será visitada presencialmente por una enfermera especializada que realizará un repaso de los puntos clave explicados en la visita médica e iniciará, de acuerdo con el diagnóstico final, el tratamiento conservador con modificaciones de los estilos de vida, con entrenamiento muscular del suelo pélvico, entrenamiento vesical y/o con pesario vaginal.

En las pacientes en que está indicado y que optan por tratamiento quirúrgico para la corrección del prolapso de órganos pélvicos o de la incontinencia urinaria de esfuerzo, la enfermera también realiza la visita prequirúrgica para

resolver posibles dudas acerca de la cirugía y proporcionar información práctica acerca del ingreso hospitalario y los cuidados pre- y postoperatorios.

En todas las pacientes y según el tipo de patología diagnosticada, los controles médicos y de enfermería posteriores dependerán de los tratamientos que se hayan indicado, siendo posible en la mayoría de los casos un seguimiento telemático¹ y considerando la posibilidad de visita presencial si la evolución clínica no es favorable o aparece otra sintomatología que requiera una nueva exploración física o pruebas complementarias.

El *pack* posparto va dirigido a las mujeres derivadas por la comadrona que realiza la primera visita en la clínica perineal⁹, aunque también pueden venir referidas desde la visita rutinaria de cuarentena. Este *pack* está diseñado para aquellas mujeres con síntomas de incontinencia urinaria, incontinencia anal, prolapso de órganos pélvicos y/o alteraciones de la sexualidad tras el parto. También se dirige a aquellas pacientes asintomáticas con antecedente de trauma perineal obstétrico (desgarro obstétrico del esfínter anal, lesiones del músculo elevador del ano).

El *pack* posparto consta de una visita con un uroginecólogo, una ecografía de suelo pélvico, y de una visita por la fisioterapeuta especializada en el suelo pélvico. Todas se programan escalonadas y se realizan el mismo día, constituyendo una reducción de la presencialidad de la paciente en el hospital del 66%, en comparación con la situación prepandémica. En la visita médica se realizará una anamnesis detallada y una evaluación mediante cuestionarios validados de síntomas de las disfunciones uroginecológicas. Posteriormente, se efectuará una exploración pélvica para detectar cualquier anomalía, parando especial intención en las cicatrices del posparto. Después, se realizará la ecografía del suelo pélvico para evaluar la anatomía de la pelvis, incluyendo una evaluación de la musculatura del suelo pélvico y del complejo esfinteriano anal con tecnología 3D. Tras la ecografía y con la valoración conjunta de todos los datos, se realiza el diagnóstico de la disfunción. El uroginecólogo informará a la paciente de los resultados y sobre el posible impacto de los hallazgos en su futura calidad de vida y también en relación con una eventual futura gestación, asimismo le ofrecerá el tratamiento oportuno para su disfunción o para la prevención de las mismas, que aplicará la fisioterapeuta. Finalmente, la fisioterapeuta realizará una valoración de la musculatura del suelo pélvico e indicará un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico a las pacientes asintomáticas con lesiones para fomentar la prevención secundaria de las disfunciones del suelo pélvico, o bien, iniciará el tratamiento preciso para resolver la sintomatología actual de la paciente.

Por último, el *pack* postalta estará indicado en las pacientes que se hayan sometido a cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con material sintético y se realizará al mes de la cirugía. Este *pack* postalta incluye dos pruebas y una visita médica que se realizarán todas el mismo día, suponiendo, al compararlo con la prepandemia, una disminución del 50% de la presencialidad de la paciente en el hospital. Para valorar la función miccional tras la cirugía, se realizará una flujometría libre y una ecografía de suelo pélvico con medición del volumen de orina residual, en la cual también se hará una evaluación de los parámetros estáticos

y dinámicos de la banda suburetral o el inyectable uretral. También se realizará una exploración pélvica para descartar cualquier tipo de complicación de la cirugía y, finalmente, una visita médica donde se evaluará la sintomatología de la paciente y se le explicarán los hallazgos de las pruebas y las recomendaciones postalta que debe seguir en domicilio.

Las pacientes en las que se detecta una disfunción sexual con impacto en la calidad de vida durante el proceso diagnóstico, y que deseen valoración de esta sintomatología, serán derivadas a la consulta de sexología clínica de nuestro servicio de ginecología.

Desde la implementación de las visitas tipo *pack* en septiembre-octubre de 2020, se han realizado más de 700 de estas visitas (fig. 2). Esto ha supuesto una reducción de la presencialidad de alrededor del 70%, sin perder la calidad de la atención a nuestras pacientes en relación con su proceso diagnóstico y terapéutico.

Tratamiento conservador y farmacológico

En nuestra unidad, existe una consulta de enfermería especializada en uroginecología que forma parte de un equipo multidisciplinar. En dicha consulta se pone en marcha el proceso terapéutico mediante el tratamiento conservador indicado por el uroginecólogo tras haber realizado el diagnóstico de la disfunción.

Las visitas de enfermería que se realizan de forma habitual en nuestra unidad de uroginecología y que corresponden a la cartera de servicios son: la terapia conductual que incluye el entrenamiento vesical (utilizando como instrumento clave el diario miccional) y la educación sanitaria (modificaciones en el estilo de vida); los programas de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico; la instrucción y seguimiento para la utilización de pesarios vaginales para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, o de tampones vaginales para la incontinencia; y, finalmente, la instrucción y seguimiento de la técnica de autocateterismo intermitente, en mujeres con disfunción de vaciado vesical que lo requieran.

Antes de la pandemia, la mayoría de estas intervenciones se realizaban de forma presencial, pero con la aplicación del nuevo modelo para reducir la presencialidad hemos realizado una transición hacia la telemedicina en aquellos casos en que ha sido posible (fig. 3).

Las visitas telemáticas generadas tras haber evaluado las necesidades de las mujeres con disfunciones de suelo pélvico fueron tanto sincrónicas como asincrónicas.

Realizamos a través del modelo de visita sincrónico-telefónica las primeras evaluaciones de enfermería especializada que permitían reducir el tiempo de la visita física en la consulta posterior; el abordaje y seguimiento de la terapia conductual (entrenamiento vesical, modificaciones en el estilo de vida, programa de disminución de peso en mujeres con obesidad); la instrucción de herramientas como el diario miccional; el seguimiento de los programas de entrenamiento muscular del suelo pélvico; el seguimiento de mujeres que realizan autocateterismo intermitente; el control en pacientes portadoras de pesario o de dispositivos para la incontinencia urinaria (tampones vaginales para la incontinencia); las visitas prequirúrgicas y las visitas para informar de resultados de urinocultivos y frotis vaginales.

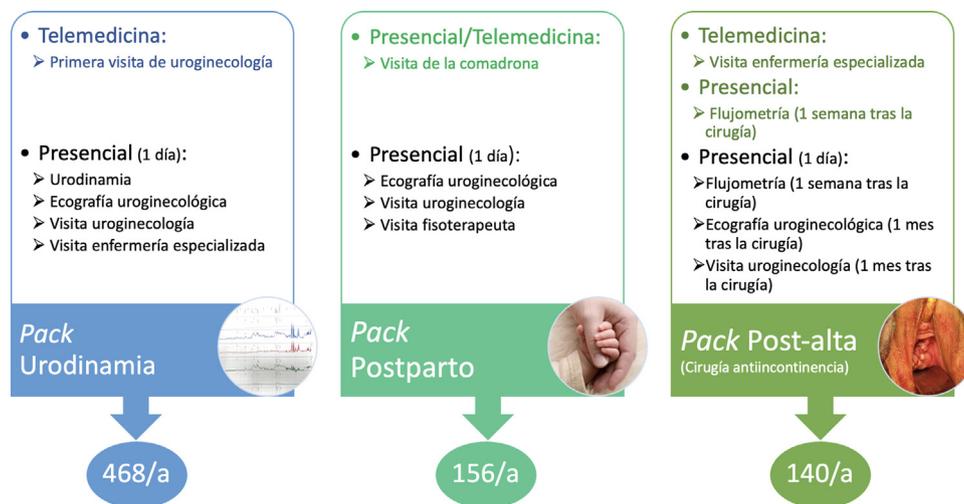


Figura 2 Estructura de las visitas tipo pack con la distribución de intervenciones presenciales y telemáticas de cada uno y el número de packs que se realizan anualmente. a: año.

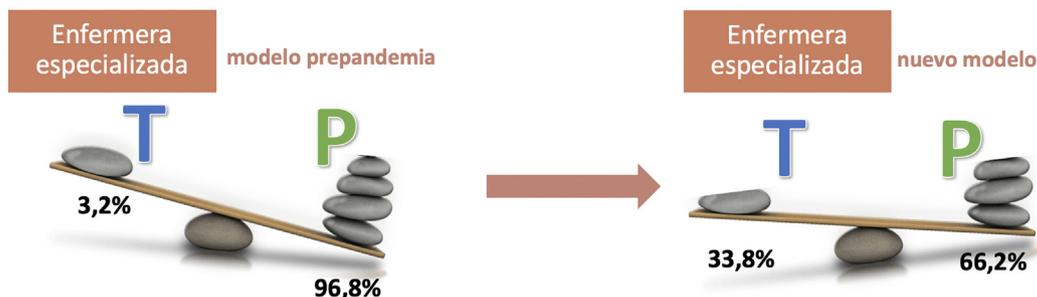


Figura 3 Distribución del porcentaje de las visitas telemáticas y presenciales de enfermería especializada en el modelo prepandemia y en el nuevo modelo asistencia. P: presencial; T: telemática.

A través del tipo de visita asincrónico, realizamos las visitas de revisión de resultados de cultivos negativos que no precisaban informar a la paciente por no ser necesaria ninguna intervención terapéutica, así como la revisión de los consentimientos informados de mujeres con indicación de cirugía. Mediante el tipo de visita *email*, realizamos el envío y recepción del diario miccional; envío de material de apoyo sobre modificaciones en los estilos de vida, programa de disminución de peso o entrenamiento muscular del suelo pélvico; y envío del material informativo sobre dispositivos vaginales (pesarios o tampones vaginales para incontinencia).

Las visitas médicas que se realizan de forma telemática son las visitas de control del tratamiento farmacológico de las pacientes con vejiga hiperactiva. En estas pacientes, realizamos una visita telemática a los 3 meses del inicio del tratamiento farmacológico para ver la tolerancia y la respuesta clínica. Posteriormente, si ambas son correctas, realizamos controles telefónicos periódicos cada 6-9 meses. En los casos de mala respuesta al tratamiento farmacológico o intolerancias, se realiza un seguimiento telemático más estrecho en función del contexto clínico de la paciente. Las

pacientes con infecciones urinarias de repetición se beneficiarán de controles programados telemáticos. También se realizan de forma telemática las visitas que precisen un seguimiento médico a largo plazo. Estas pacientes tienen la instrucción de contactar con nuestra unidad si en el intervalo entre visitas telemáticas programadas presentan algún cambio en la evolución de sus síntomas. Cuando esto ocurre se adelanta la visita telemática y si es preciso se programa una visita presencial.

Visitas que mantienen su presencialidad

Aunque la línea de nuestra unidad es la de incorporar la telemedicina en la práctica clínica habitual en todas las áreas posibles, existen algunos casos en que la presencialidad es necesaria y no se ha visto modificada tras la pandemia.

Esto ocurre principalmente en los tratamientos de la fisioterapeuta (fig. 1), donde la telemedicina solo se ha podido aplicar a un 10% de su actividad. Las visitas telemáticas han sido, básicamente, las que han servido para monitorizar la correcta adherencia a algunos tratamientos domiciliarios

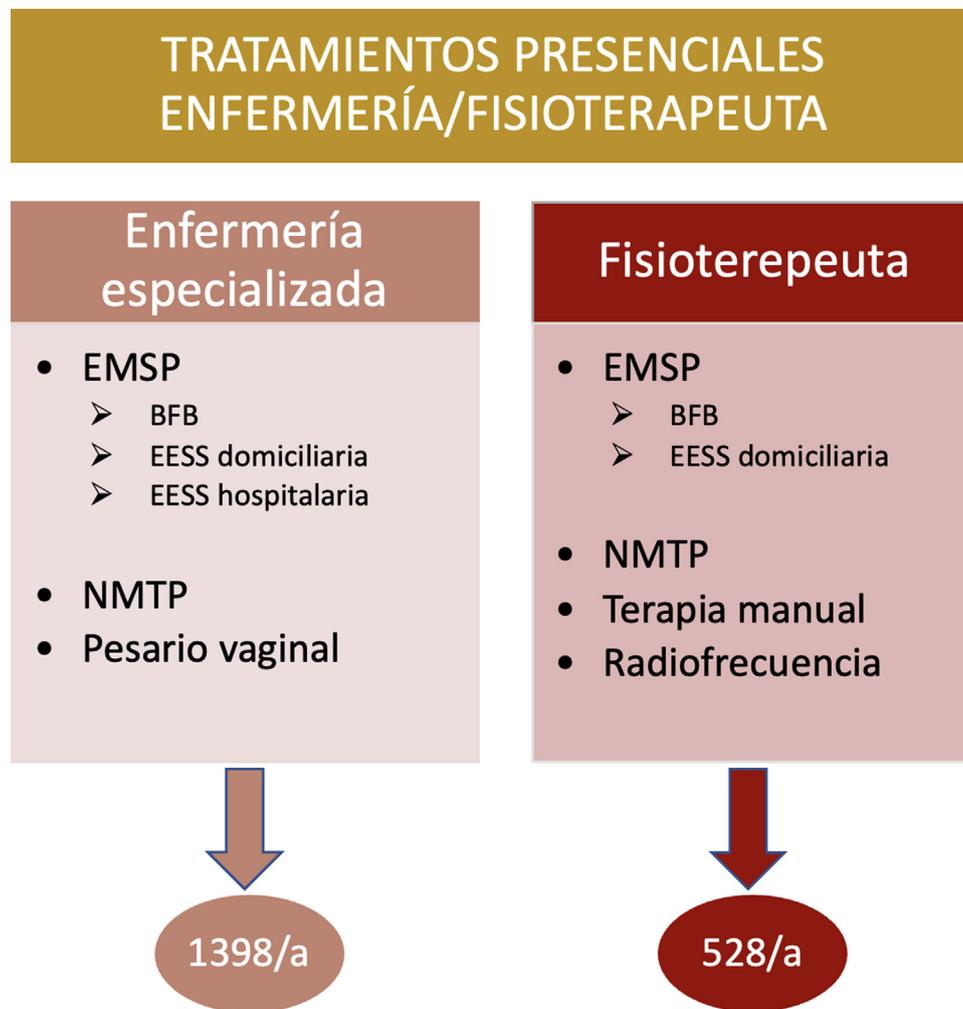


Figura 4 Tipos de tratamientos presenciales de enfermería especializada y fisioterapia y números de procedimientos que realiza cada profesional en un año. BFB: *biofeedback*; EESS: electroestimulación; EMSP: entrenamiento muscular del suelo pélvico; NMTP: neuromodulación del tibial posterior.

como el masaje perineal, o bien, para el seguimiento clínico a medio plazo tras finalizar los tratamientos. Como muestran la [figura 1](#) y la [figura 4](#), la gran parte del trabajo de la fisioterapeuta se centra en visitas para evaluar la musculatura del suelo pélvico y aplicación de tratamientos que requieren una exploración física y una manipulación presencial con sesiones periódicas y repetidas durante un intervalo de tiempo.

Por otro lado, parte del tratamiento conservador aplicado por las enfermeras especializadas también requiere mantener la presencialidad ([fig. 4](#)), con sesiones periódicas y repetidas durante un tiempo.

Asimismo, existen un tipo de visitas médicas que mantienen su presencialidad debido a que la naturaleza del problema lo requiere, como son aquellas pacientes en las que en la visita telemática se haya detectado una posible complicación, pacientes en seguimiento por prolapso de órganos pélvicos que presenten empeoramiento de la clínica o deseen realizar un cambio en el tratamiento, pacientes con antecedentes de cirugías con material sintético para la corrección del prolapso de órganos pélvicos y de la incontinencia urinaria de esfuerzo que presenten síntomas de

posibles complicaciones, y cualquier situación personal del paciente que a criterio médico requiera de una evaluación presencial.

Conclusiones

La pandemia por la COVID-19 generó un cambio de forma brusca en la práctica asistencial habitual de nuestra unidad de uroginecología y, a raíz de esta situación, se ideó un nuevo modelo asistencial con el objetivo de disminuir la presencialidad manteniendo la calidad asistencial.

Este nuevo modelo asistencial, que incluye la telemedicina, ha reorganizado la estructura de programación de visitas y pruebas creando las visitas tipo *pack* (STUI, posparto y *pack* postalta), consiguiendo una disminución de la presencialidad entre el 50 y el 70% en nuestra unidad, manteniendo la calidad asistencial.

En esta transición, ha sido clave la figura de la gestora del cambio, que se ha ocupado de la parte humana, facilitando la transición de las personas implicadas en el mismo.

Financiación

Los autores declaran no tener financiación.

Autoría/colaboradores

S. Anglès Acedo y S. Escura Sancho han contribuido de igual forma en el artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a Míriam Gallego, Micaela Peragon y Rosa María Zamora su labor administrativa en la transición hacia el nuevo modelo asistencial en nuestra unidad de ginecología.

Bibliografía

1. Escura Sancho S, Ros Cerro C, Anglès-Acedo S, Bataller Sánchez E, España-Pons M. How did COVID-19 pandemic change the way we attend the patients in an urogynaecological unit. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2020;47:111–7. Spanish. doi:10.1016/j.gine.2020.06.009. Publicación electrónica 28 Jun 2020. PMID:32834308; PMCID:PMC7321029.
2. IUGA Guidance for the management of urogynecological conditions during the Coronavirus (COVID-19) pandemic, [consultado 3 May 2020]. Disponible en: https://www.iuga.org/images/content/COVID_19_English.FV1.pdf.
3. Ribal MJ, Cornford P, Briganti A, Knoll T, Gravas S, Babjuk Met al. EAU Section Offices and the EAU Guidelines Panels European Association of Urology Guidelines Office Rapid Reaction Group: An Organisation-wide Collaborative Effort to Adapt the European Association of Urology Guidelines Recommendations to the Coronavirus Disease 2019 Era. *Eur Urol*. 2020;78:21–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2020.04.056>. Publicación electrónica 27 Abr 2020. PMID: 32376137; PMCID: PMC7183974.
4. BSUG (British Society of Urogynaecology) Guidance on management of Urogynaecological Conditions and Vaginal Pessary use during the Covid 19 Pandemic, [consultado 2 Feb 2021]. Disponible en: <https://bsug.org.uk>.
5. Grimes CL, Balk EM, Crisp CC, Antosh DD, Murphy M, Halder GE, et al. A guide for urogynecologic patient care utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic: review of existing evidence. *Int Urogynecol J*. 2020;31:1063–89, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04314-4>.
6. Prosci Resource Center. The Prosci ADKAR Model. Prosci, [consultado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.prosci.com/methodology/adkar>.
7. Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn*. 2017;36:1243–60, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23124>. Publicación electrónica 5 Dic 2016. PMID: 27917521.
8. Anglès-Acedo S, Escura Sancho C, Ros Cerro M, España Pons. Elección del tipo de cirugía de la IUE Ayuda para la decisión compartida. *Revista Suelo Pélvico*. 2021;14: 57–60.
9. Wan OYK, Taithongchai A, Veiga SI, Sultan AH, Thakar R. A one-stop perineal clinic: our eleven-year experience. *Int Urogynecol J*. 2020;31:2317–26, doi: 10.1007/s00192-020-04405-2. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32617635; PMCID: PMC7561568.